



PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 62 - Nº 2

Buenos Aires - Junio 2016

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

## Editorial

### 73. **Personalidad, valores y lenguaje**

HUGO R. MANCUSO

## Originales

### Trabajos completos

### 77. **Análisis psicométrico de la *Escala de alarma sobre el retraimiento del bebe* de uso pediátrico en niños argentinos**

MÓNICA OLIVER, HORACIO YULITTA, ANTOINE GUEDENEY

### 85. **Aportes a la evaluación de la inteligencia emocional y su validez ecológica**

ISABEL MARÍA MIKULIC, ROMINA CABALLERO, MELINA CRESPI

### 96. **Vulnerabilidad y prácticas de cuidado en mujeres consumidoras de pasta base del área metropolitana de Buenos Aires**

ANA CLARA CAMARROTTI, NURIA ROMO-ÁVILÉS, FRANCISCO JIMÉNEZ BAUTISTA

## Comunicación preliminar

### 108. **Desarrollo de un instrumento para el análisis de la respuesta gráfica al test *Persona bajo la lluvia***

SILVINA PEREZ ZAMBÓN

## Actualización

### 117. **La conducta prosocial en infantes desde modelos experimentales**

PAULINA GUERRA

## Historia

### 127. **Políticas sociales en salud mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990)**

AGUSTINA MARÍA EDNA D'AGOSTINO

# acta

**PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA**

Volumen 62 - Nº 2

Buenos Aires - Junio 2016

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

## Nota

- 139. La percepción del hombre hacia la paternidad y el duelo perinatal**  
CECILIA MOTA GONZÁLEZ, EVANGELINA ALDANA CALVA, MARÍA  
EUGENIA GÓMEZ LÓPEZ, MARCO ANTONIO SÁNCHEZ  
PICHARDO

## Informaciones

- 144. 1º Congreso Internacional de la AILANCYP  
VI Congreso Regional de la Sociedad  
Interamericana de Psicología  
X Congreso Argentino de Salud Mental  
2016**

## Fundación **acta** Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro  
Personería Jurídica Nº 4863/66  
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y  
Acción Social con el Nº 1.777

### CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

**Mario Vidal:** Presidente

**Rodrigo Vidal:** Vicepresidente 1º

**Edith Serfaty:** Vicepresidente 2º

**Diana Vidal:** Secretaria

**Luis Meyer:** Tesorero

**Fernando Lolas Stepke:** Director Técnico

**Sede Social:** Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Historia

## Políticas sociales en salud mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990)

AGUSTINA MARÍA EDNA D'AGOSTINO

AGUSTINA MARÍA EDNA D'AGOSTINO  
Licenciada en Psicología.  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnicas (CONICET),  
Instituto de Investigaciones en  
Psicología (InIPsi),  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de  
La Plata (UNLP). Buenos Aires,  
R. Argentina.

En el presente artículo se realiza un análisis conceptual e histórico de los modelos de Estado adoptados en Argentina (1945-1990) y de su relación con los avances y retrocesos producidos en el campo de las políticas sociales de salud mental. Como principales conclusiones, se señalan discontinuidades en las concepciones y propuestas de abordaje de la salud, que dependen más de las estrategias puntuales de gobierno, que del modelo estatal. Algunas tácticas utilizadas para la interrupción o vaciamiento de estas políticas ha sido el uso del Decreto Ley y la descentralización de los servicios de salud, sin el acompañamiento de la correspondiente partida presupuestaria, lo cual genera falta de recursos profesionales y materiales para hacer efectiva la política. Se espera que esta lectura constituya una herramienta para el sostenimiento y fortalecimiento de las actuales políticas enmarcadas en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657.

**Palabras clave:** Política social – Salud – Psicología – Historia.

### Mental Health Public Policies and State Model Transformations in Argentine (1945-1990)

This article presents a conceptual and historical analysis of the State Models adopted in Argentina (1945-1990) and their relation to the advances and setbacks produced in the field of Mental Health public policies. The main conclusions identify discontinuities in the conceptions and approaches to Health, which depend more on specific government strategies, than State Models. Some tactics used to interrupt or drain these policies have been the use of Decree Law and the decentralization of Health services, without the appropriate budget line, which leads to lack of professional and material resources to make the policy effective. This analysis is expected to provide a tool to sustain and strengthen the present policies framed in the National Mental Health Law n°26.657.

**Keywords:** Public Policy – Health – Psychology – History.

CORRESPONDENCIA  
Lic. Agustina María Edna  
D'Agostino. Calle 67, n°1672,  
B1904AYL. La Plata,  
Buenos Aires, R. Argentina;  
dagostinoag@gmail.com

## Introducción

Comenzamos este escrito, con una breve historización de las formas y transformaciones que adoptó el Estado- Nación en Argentina entre los años 1945 y 1990, con el objetivo de analizar la relación entre los modos estatales y las propuestas, avances y retrocesos realizados en el campo de la salud mental. Partimos de la hipótesis que las modalidades que asume el Estado repercuten en la particular elaboración y desarrollo de las políticas públicas sociales y en el alcance de sus objetivos y resultados. Se presenta una serie de resultados parciales que conforman una investigación mayor que busca conocer los imaginarios estudiantiles acerca de la práctica del psicólogo en política social.<sup>1</sup>

Si bien utilizamos la nominación de «Salud mental», como un criterio operativo para el análisis, con el objetivo de visibilizar y nombrar en su especificidad un campo muchas veces relegado y olvidado, compartimos lo planteado por Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez [29], quienes sostienen que el éxito de la salud mental, será su incorporación total a prácticas de salud donde su nomenclatura específica sea una redundancia.

Identificamos las políticas de salud mental como parte de las políticas públicas sociales. La complejidad de los problemas que abarca la Salud Mental, hace imposible desvincularla del contexto social, político y económico, e implica tener en cuenta las condiciones de cultura y el proceso de subjetivación que ocasionan los diferentes padecimientos mentales y requiere de una política específica de lo social y de un abordaje integral, en contraposición a criterios

biologicistas e individuales. El surgimiento de nuevos problemas humanos, la puesta en crisis de la psiquiatría por los cuestionamientos de posguerra y la asunción por el poder político-administrativo de esas problemáticas, permitieron un reordenamiento de los problemas de la salud y la enfermedad mental y la descomposición de lo psiquiátrico hacia una recomposición de las nuevas políticas de salud mental [19]. El pasaje del padecimiento individual y la respuesta médica a una comprensión del bienestar social y una respuesta política, implica romper la idea que la enfermedad mental se trata de una cuestión individual, para dar paso a una intervención preventiva amplia, que considere las condiciones sociales del bienestar psíquico. De esta manera, es sensible al sistema político y desde su característica, democrática o autoritaria, domina una concepción del hombre y se vehiculizan técnicas de intervención, que abarcan desde lo participativo y comunitario, hasta la segregación y aislamiento propio del paternalismo asilar en un sistema autoritario [19].

Para poder entender las políticas sociales de salud mental en consonancia con los modelos de construcción del Estado, nos basamos en la noción de salud pública utilizada por Emiliano Galende [18], que designa tanto el estado de bienestar necesario de la población, como las estructuras y acciones que se realizan en el sector. En Argentina, la salud mental forma parte de la salud pública, los modelos de atención en salud mental están sujetos a los sistemas de atención médica y a la existencia de los sectores estatal, privado y obras sociales, que limitan y complejizan la planificación global. Analizar la salud como parte de un «campo», implica considerar las acciones de diferentes agentes, individuales o colectivos, que pugnan y juegan por sus intereses y por incrementar o adquirir ciertos capitales que pueden ser sociales, culturales o económicos; consideramos esta complejidad y la exclusión y desigualdad que se puede generar en el propio campo [28].

## ¿Qué entendemos por «políticas sociales»?

Las políticas sociales son resultado de una construcción social compleja, donde los espacios de negociación técnica, teórica, política e ideológica, son cruciales. Los modelos en que se formulan son relevantes en su conformación e integran lógicas diversas entre asistencia y protección social, cohesión y control social,

<sup>1</sup> Este escrito forma parte de un proyecto más amplio, que se incluye en el Plan de Trabajo de la Beca de Finalización de Doctorado «Imaginarios estudiantiles acerca de las prácticas profesionales del psicólogo en política social», otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el año 2015, dirigida por la Psicóloga Edith Alba Pérez. En el marco de este proyecto hemos analizado los programas actuales de las asignaturas correspondientes a la Carrera de Psicología en la Universidad Nacional de La Plata y la presencia de contenidos relacionados con la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 [8], indagado las características de los imaginarios estudiantiles acerca de la práctica profesional del psicólogo en política social [5,6] y realizado aportes acerca del método de indagación de los imaginarios sociales [7]

derechos sociales y constitución de ciudadanía [17,12]. Debemos tener en cuenta que los procesos generadores y estructuradores de políticas sociales incluyen múltiples agentes provenientes de diferentes esferas y que los procesos de interacción y negociación entre ellos, sus ideas y representaciones sociales, las prácticas de intervención inciden sobre las políticas sociales e incluso en la definición de la «cuestión social» [17, 26].

Para entender la definición de política social, es necesario observar que la misma incluye, por un lado las acciones concretas que realiza el Estado en las áreas sociales y por el otro la gama de discursos producidos desde los ámbitos académico, técnico o político, que dan cuenta de los objetivos y formas que debe tomar las acciones estatales; un análisis de este fenómeno debe ser integral y considerar ambos factores. Los múltiples determinantes de la política social, como el conjunto de valores compartidos, las luchas y enfrentamientos de diversas fuerzas sociales, su relación con lo institucional, las prácticas y conocimientos específicos que lo determinan, resultan en la diversidad de su concepción, específica a cada momento socio-histórico. «Es en cada sociedad concreta que se definen las situaciones indeseadas y si es responsabilidad societal su resolución y quiénes son los individuos afectados por las mismas; este reconocimiento del problema social y sus afectados determina la regulación e intervención estatal en la resolución de los problemas definidos» [2:7].

### **Políticas sociales de salud mental y transformaciones del Estado en Argentina**

#### *Estado regulador- interventor*

A partir de los años treinta, comenzó a producirse en Europa y América Latina, una mayor intervención estatal en la regulación y orientación de las interacciones sociales, que conformó una matriz sociopolítica denominada «Estado regulador- interventor» que dio lugar al «proceso de industrialización por sustitución de importaciones». Este período en Argentina se caracterizó por la alternancia entre gobiernos militares dictatoriales y breves periodos de democracia. Las acciones regulatorias e intervencionistas en el campo de la salud se intensificaron a partir de 1944, el abordaje de la salud se centralizó en la Dirección Nacional de Salud y en el establecimiento de cuatro delegaciones

regionales a lo largo del país. En 1947 se sancionó el Código Sanitario Nacional y se elevó la Secretaría de Salud a rango de Ministerio. Se observa un aumento notable de la presencia del sector público en el campo, a la par que se consolidaban en paralelo los sectores privados y las obras sociales sindicales. Durante el gobierno de Perón (1946-1955), cobraron fuerza las intervenciones públicas centralizadas y coordinadas, que enmarcadas en el desarrollo del aparato estatal, se inscribieron en la relación entre los sindicatos y el Estado. En este período del Estado-Nación se intensificó la política crediticia para la vivienda y la cobertura legal provisional de la población activa (restringida, no llegó a los trabajadores autónomos rurales y urbanos) que se completó durante el segundo peronismo y se reguló en 1967 por Decreto Ley con Onganía. Paradójicamente, las dictaduras militares de este período (Revolución Libertadora, 1955-1958 y Revolución Argentina, 1966-1973), aún cuando postulaban rever todo lo actuado, no hicieron más que legalizar y fortalecer la modalidad y particularidad de las principales políticas sociales del peronismo [2].

Si bien el apogeo del Estado regulador-interventor fue durante las décadas del cuarenta y cincuenta, los principales rasgos de esta matriz sociopolítica se mantuvieron durante los gobiernos militares y hasta fines de la década de los setenta. A continuación mencionamos algunas políticas puntuales que caracterizan este período.

#### *La política sanitaria de Ramón Carrillo (1946-1954)*

Ramón Carrillo, el primer Ministro de Salud que tuvo la República Argentina, profundizó en áreas en las que el Estado no se había interesado hasta entonces: la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil [23]. Ramón Carrillo, consideraba que no existía ninguna incompatibilidad funcional en los hospitales generales para tratar las enfermedades psiquiátricas, su objetivo era hacer del manicomio un hospital, ya que por la forma en que eran tratados allí los enfermos, se asimilaban a reducidos humanos: «Los inconvenientes sólo existen en la cabeza de los clínicos que no saben psiquiatría. Se puede, pues, tener enfermos mentales internados en una sala especial sin ningún inconveniente y a muy bajo

costo» [6]. Siguiendo esta línea, consideraba necesario aumentar a 60.000 las camas para asistencia de las personas afectadas, que en ese momento rondaban las 20.000 [9]. Podríamos afirmar, que nos encontramos aquí ante una política de tipo «universal», los hospitales generales atenderían de igual manera a quienes tienen una enfermedad mental, como a quienes presentan otro tipo de patología, y no sería necesaria la existencia de un hospital «especial» para la atención.

Además Carrillo propuso sustituir la nominación de «alienados mentales», que liga al paciente a los hospicios de alienados, por la de «enfermos mentales» que lo ubicaba en el campo general de la salud- enfermedad. Como órgano técnico para la profilaxis de las enfermedades mentales y servicio auxiliar de los hospitales mentales, propuso los Centros de Psiquiatría Preventiva, un servicio pre-hospitalario que consistía en la preparación del paciente y su familia ante la nueva situación creada, ejercer vigilancia sobre los enfermos dados de alta y tener una relación directa con todos los problemas del servicio social. Se trataba de un centro médico cuya acción no se cumplía dentro de sus muros sino fuera de ellos, en el ámbito económico-social y familiar. Esta gestión edita el Plan Analítico de Salud Pública de la Nación.

El ministro de Salud Ramón Carrillo renunció a su cargo en 1954, antes del derrocamiento del segundo gobierno de Perón. En 1956, tuvo que exiliarse en Brasil, perseguido político por el gobierno de facto de Aramburu, que lo calificó de «prófugo»; sus libros en Buenos Aires fueron saqueados [23].

Dos cuestiones observamos aquí, por un lado Ramón Carrillo señalaba que la dificultad para atender pacientes psiquiátricos en hospitales generales se encontraba en «la cabeza» de los clínicos, es decir en los actores encargados de efectuar la política pública designada, de la que se desprende la necesidad de una política en salud acompañada por una política común en educación o capacitación de los efectores de la misma. Por otra parte, esta gestión en salud se impide a partir de la irrupción de un gobierno militar que suspende esta política y comienza su persecución, esta modalidad es una característica que dificultara el desarrollo de las Políticas Sociales de Salud Mental en el país en

los años siguientes.

En lo que refiere a salud mental, este período hasta 1966, se caracterizó por el tradicional «Modelo asilar», basado en la relación de asistencia y sometimiento al saber y poder del especialista; en la enfermedad como daño biológico individual, en una concepción positivista y objetivante del asistido; en la a-historicidad y a-socialidad del trastorno a tratar y la identificación de la gravedad del trastorno con la irresponsabilidad y peligrosidad social, que legitimaba la internación forzada y el control. Este modelo tuvo preponderancia en las carreras de psicología que se abrieron a partir de 1956, cuyos egresados tendrían un papel fundamental en el período siguiente [4]. Estos rasgos no fueron abolidos simplemente al cerrar los grandes hospitales y precisaron de una fuerte elaboración teórica, por parte del movimiento de Antipsiquiatría y de la conmoción de lo instituido, facilitado en parte por la inclusión de nuevos profesionales, como psicólogos y trabajadores sociales, en un campo que hasta el momento era exclusivo patrimonio médico.

Con «La Revolución Libertadora» (1955-1958) se pretendió sin éxito reducir el sistema de salud, a partir de una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud [1,2]. Sin embargo, a pesar del gobierno de facto y el auge del desarrollismo en América Latina, se plasmaron tres hechos fundamentales para la salud mental: La creación del Instituto Nacional de Salud Mental (1957); la creación de las primeras carreras de psicología en el país (Universidad Nacional del Litoral, Rosario, en 1956 y Universidad Nacional de Buenos Aires en 1957, Universidad Nacional de La Plata 1958) y la creación en 1956 de uno de los primeros servicios de psicopatología en un hospital general (Policlínico de Lanús), dirigido por Mauricio Goldenberg [10].

#### *Instituto Nacional de Salud Mental*

Este Instituto se creó considerando la Ley Inglesa de 1944 que propone el Seguro de Salud y el Servicio Nacional de Salud Mental, del gobierno laborista [20]. La creación del Instituto, en 1957, se aprobó rápidamente mediante el Decreto Ley N° 12.628, ya que no fue necesaria su aprobación por el Congreso Nacional, este continuaba las recomendaciones del Jefe de la Sección de Salud Mental de



la OMS en Ginebra, se planteaba prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, prestar asesoramiento técnico en la materia, brindar una asistencia integral a los enfermos y promover la investigación [4]. Se implementó también, una Comisión Nacional Asesora de Salud Mental (CNASM) con atribuciones para elaborar y actualizar permanentemente un programa de atención de la salud mental para todo el territorio de la Nación. La dirección técnica y administrativa del organismo fue ejercida por el Consejo Nacional de Salud Mental (CNSM) [10].

Con la creación del Instituto se pone de manifiesto, la relación entre las políticas sociales en salud mental y las normativas y legislaciones a nivel internacional. La OMS, desde su primera reunión en 1948, centralizará y gestionará en adelante las políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. En este caso, se deja de lado la política sanitaria regional del período anterior (que además fue duramente cuestionada en su eficacia), por una política en consonancia con acuerdos internacionales, que además continuaba la forma hegemónica de asistencia psiquiátrica.

*Policlínico de Salud Mental «La experiencia Lanús» y apertura de las primeras carreras de psicología en el Argentina*

En contraste con el único recurso disponible de la internación en manicomios, Goldenberg desarrolló en pocos años programas totalmente pioneros, tanto en América Latina como en Europa. Propuso sectores de internación abiertos en el hospital general, con servicios de interconsultas psiquiátricas para pacientes de otros sectores del hospital y sectores de consultorios externos para niños, adolescentes, adultos y mayores, que ofrecían contactos gratuitos con pacientes y familias. Por otra parte, también puso en funcionamiento servicios de extensión comunitaria con consultorios en barrios y hospitales de día y una residencia en psiquiatría con una formación alternativa a la psiquiátrica tradicional, de modelo interdisciplinario y bio-psico-social, capaz de integrar la clínica psiquiátrica, la psicofarmacología, enfoques comunitarios, psicodinámicos y sistémicos, terapias breves, individuales, grupales y familiares [27].

El primer mérito de Goldenberg fue haber roto

con el obstáculo originario que caracterizaba a las intervenciones en psiquiatría; el discurso de la higiene mental, no se trasladaba a la práctica y se reducía a un tratamiento veloz de los trastornos, que desplazaba las formas más llamativas de la locura por formas silenciosas. Estas modalidades no transformaban en realidad los viejos manicomios «Los grandes asilos no se reforman tratando de mejorarlos desde la misma lógica que los produjo. Su empresa puede ser vista como el programa no concluido de una desmanicomialización de la psiquiatría, a partir del movimiento que, en la segunda posguerra, funda el concepto y el programa de la salud mental».<sup>2</sup>

Vemos con este ejemplo, que la implementación de determinada política, a partir de un programa o legislación no garantiza el cumplimiento de su objetivo, se necesitan de actores dispuestos a implementarla, que presenten cierto grado de acuerdo conceptual con su fundamentación. Por otra parte el caso de la «Experiencia Lanús», plantea una política concreta, focal, es una modalidad aislada de trabajo que no implica una reforma general, una experiencia de valor testimonial, pero aislada por su singularidad.

*La paradoja de la dictadura militar y la reforma democrática de la psiquiatría*

Durante la dictadura de Onganía (1966-1970), se nombra al Coronel Julio Ricardo Estévez, como interventor del Instituto Nacional de Salud Mental, quién promueve el Plan de Salud Mental de 1967, e incorpora Comunidades Terapéuticas en los asilos. «En nombre de la dictadura militar se lanzó la reforma democrática de la psiquiatría» [19, 10]. Nuevamente esta reforma se hace mediante Decreto Ley, sin la correspondiente discusión en el Congreso.

Finalmente, se debilita la presencia del sector público en el campo de la salud y se facilita el desarrollo del sector privado reforzado por el cambio de modalidad de operación de las obras sociales que de prestadoras directas pasan a ser intermediarias entre sus afiliados y el sector privado. Este proceso se consolida con la

<sup>2</sup> Vezzetti H. El desmanicomializador de Lanús. Diario Página/12 [Internet], 28 de sep 2006 [citado 19 jun 2015]: Sec. Psicología .Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html>

sanción de la Ley 18.610 de Obras Sociales de 1970 que otorgó el manejo de las mismas a los sindicatos y estableció un piso de contribución para trabajadores y empleadores para su financiamiento [2].

El modelo de las comunidades terapéuticas se implementó en algunos lugares como «experiencia piloto». Dos de las experiencias más conocidas sufrieron vicisitudes diferentes: la de Raúl Camino en Colonia Federal (Entre Ríos), iniciada en 1967.

El 24 de enero de 1967, se sanciona el Decreto Ley 17.132, que pretende instaurar el poder de lo médico en la distribución de funciones y reconocimientos en el nuevo campo de lo mental. La legislación 17.132, sancionada en abril de 1967, regulaba el ejercicio del psicólogo, otorgándole un lugar como colaborador del médico. El psicoanálisis y los procedimientos psicoterápicos en el ámbito de la psicopatología quedarían reservados a los profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina [16].

Por otra parte, se realizó una modificación de la legislación sobre las internaciones: se reformuló el artículo 482 del Código Civil y se propusieron dos proyectos de ley para legislar la internación de los enfermos mentales; el planteo radicaba en que a diferencia de la clínica médica, en la clínica psiquiátrica la internación era necesaria porque las alteraciones psíquicas trascienden lo individual a lo social; prescindiendo porque la dolencia no es reconocida por el enfermo y es necesario decidir por él.

Por otra parte, el 29 de julio de 1966 Onganía, a través del Decreto Ley 16.912, puso fin a la autonomía universitaria y obligó a los rectores y decanos de las ocho universidades nacionales a asumir como interventores dependientes del Ministerio del Interior. El nuevo decreto se propuso «eliminar las causas de acción subversiva» en la universidad, se determinó el alejamiento de profesores y se redujo la planta docente, dejando lugares vacíos y estructuras desmanteladas [3]. Esta intervención dio lugar a qué, durante 18 años, hasta la restauración de la democracia en 1984 y la sanción de la ley 23.068, las universidades carecieran de autogobierno.

*Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental*

### *y Centro de Docencia e Investigación*

A final del año 1971 las diferentes asociaciones gremiales de la Ciudad de Buenos Aires, que agrupaban a psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales y psiquiatras, dieron inicio a una entidad que coordinara su acción en los diversos campos de su actividad, a partir de ciertas coincidencias ideológicas y políticas. Por otra parte, argumentando causas ideológicas y políticas, los dos grupos de psicoanalistas, Plataforma y Documento, renuncian a la Asociación Psicoanalítica Argentina, manifestando la necesidad de emprender actividades científicas y gremiales inscriptas en un proyecto político donde el psicoanálisis se encuentre al servicio de una sociedad socialista [15]. El grupo Plataforma tenía el propósito de configurar un psicoanálisis que se enfrentara a la adaptación irreflexiva del individuo a la sociedad y se alejara de las estrategias de control social. Impulsados por los ecos del movimiento estudiantil del Mayo Francés y del Cordobazo, intentaban derribar el mito de la neutralidad valorativa del científico.<sup>3</sup>

En abril de 1972, por iniciativa del grupo Documento, que inscribió su accionar en instituciones gremiales, se constituyó la Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental (CTSM) y su Centro de Docencia e Investigación (CDI). La CTSM estaba integrada por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, La Asociación de Psiquiatras de Buenos Aires, la Asociación de Psicopedagogos de Buenos Aires y la Asociación Nacional de Profesionales del Servicio Social en Salud Mental. La Coordinadora se proponía una intervención política en salud mental en relación con lo social, a partir de establecer nuevas relaciones con el modelo médico, el aparato público de salud y las políticas generales [19].

### *Sistema Nacional Integrado de Salud*

Durante la tercera presidencia de Juan Domingo Perón, el Secretario de Salud Pública de la Nación, Dr. Domingo Liotta, marcado con una

<sup>3</sup> Volnovich JC. Cuando la campana de cristal comenzó a asfixiarnos. Treinta años después de la primera ruptura de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Diario Página/12 [Internet]. 12 abr 2000 [citado 12 ene 2015] Sup. Psico. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/2000/suple/psico/00-03/00-03-23/psico02.htm>



fuerte impronta de las ideas del primer Ministro de Salud de la Nación, Ramón Carrillo; intentó darle un rol central al Estado en su normativa, financiamiento y conducción. Nuevamente se apunta a una política amplia en gestión de salud, que no menciona a la salud mental en particular. Con la Ley «Liotta» (N° 20.748), pasaba a ser responsabilidad del Estado tanto la dirección como la financiación del sistema de salud que debía cubrir a todos los argentinos por igual. Se declaraba a la salud como un derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina y el Estado Nacional debía asumir la responsabilidad de efectivizarlo, sin ningún tipo de discriminación. Sobre esa base, se remediaba la omisión del texto constitucional vigente en ese momento (la Constitución de 1853) que no incluía al derecho a la salud entre los resguardados por la carta magna. Con una fuerte oposición de la conducción sindical del momento, logró su máximo desarrollo entre los años 1974 y 1977 y fue finalmente derogada por la última dictadura cívico militar. El Sistema Nacional Integrado de Salud se implementó plenamente sólo en cuatro provincias (Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis). Si bien este proyecto resultaba prometedor, tampoco contemplaba al psicólogo como trabajador de la salud [21].

### **Estado de Terror**

El Rodrigazo de 1975 permitió la instauración del capitalismo financiero en el país y facilitó que a partir de la dictadura cívico militar instaurada en 1976, comenzaran a implementarse medidas de descentralización hacia las provincias y se privatizaran políticas sociales (como en el caso de salud y educación) que implicaron transferencias sin el correspondiente traspaso de recursos financieros.

Esta dictadura significó la persecución, el terror, el secuestro y el asesinato de líderes sociales, entre los que se encontraban compañeros de salud y salud mental. «La última dictadura militar (1976-1983), como todas las anteriores, se propuso un corte radical con el pasado, aniquilar la memoria de los que lucharon por una sociedad más justa e igualitaria, sin vacilar en recurrir al genocidio de la población que pudiera acompañar estos anhelos» [20:269]. Se atacó la memoria colectiva, los ideales y principios de la salud mental, que permanecieron bajo tierra a la espera de una

«nueva primavera».

Algunos aspectos de la dictadura continúan hoy en nuestro medio: «los desaparecidos y sus huellas». Estos desaparecidos son los cientos de trabajadores de salud mental y estudiantes que fueron desaparecidos y asesinados, pero también alcanzó a las teorías y prácticas [5].

Con la dictadura el terror se focalizó sobre los gremios e instituciones y se prohibieron todos los encuentros grupales sin autorización policial. Las experiencias que demostraban que los manicomios eternos eran una decisión política de los psiquiatras manicomiales, se cerraron o funcionaron a puertas cerradas. La Colonia Federal fue desmantelada, el servicio de Lanús fue atacado, Goldenberg fue forzado a exiliarse en Venezuela; Marta Brea, jefa de equipo de adolescencia, fue desaparecida. Los trabajos comunitarios y barriales dejaron de funcionar. La Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental y su Centro de Docencia e Investigación, también fueron cerrados. El proyecto del Sistema Integrado de Salud fue finalmente derogado en 1977 [21, 31].

Los principios de las Comunidades Terapéuticas: democratización, permisibilidad, libertad de comunicación y la asamblea comunitaria, no resultaba compatible con el objetivo de la dictadura y el objeto del terrorismo de Estado, se impidió el desarrollo de estas experiencias, como así también la capacidad de construir un modelo alternativo en salud mental [10].

La interrupción de la vida democrática, implicó para el mundo académico la pérdida de la autonomía universitaria. La supresión de las carreras de psicología o bien el desmantelamiento de sus planteles docentes, por cesantía y/o desaparición de muchos de sus profesores. Estas circunstancias dieron, entre otros graves resultados, una significativa demora en la progresión y desarrollo de las carreras universitarias [13]. En la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, la Carrera de Psicología cerró su cupo de ingreso en 1976 [24]. Llamativamente, no encontramos aportes bibliográficos o reconstrucciones acerca de este período atravesado por la carrera, más que menciones ocasionales en pocos textos, que se refieren al período con el término

anacrónico «cupó cero». Vale la pena mencionar que, durante este período en la Carrera de Psicología de la UNLP, no se realizó ningún cambio en el Plan de Estudio, ni se modificaron las asignaturas a dictarse, sin embargo se ejerció un control sobre los contenidos enseñados a partir de la intervención militar de las clases y de la expulsión y discrecional designación de docentes.<sup>4</sup>

En el año 1978 se inició el proceso de transferencia de los hospitales a las provincias, que se completaría en la década de los '90. Este proceso se desarrolló bajo tres modalidades: a) la transferencia de los últimos hospitales a las provincias, b) algunos casos de descentralización de las provincias a los municipios y c) el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el gobierno nacional hacia el nivel de los hospitales («hospitales de autogestión»); tuvo como principal motivación reducir la presión presupuestaria en el ámbito nacional. Este traspaso se dio sin la implementación de mecanismos de coordinación y políticas de salud que permitan elevar sus niveles [1].

Mientras tanto, a nivel internacional, en septiembre de 1978, se producía la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata, en la misma se expresó la Declaración de Alma-Ata, en la que se destacaba la importancia de la atención primaria de la salud, como estrategia para mejorar el nivel de salud de todos los pueblos, con el lema «Salud para todos en el año 2000». La atención primaria en salud, representaba el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud e implicaba educación en salud, promoción de suministros adecuados de alimentos, agua segura y saneamiento básico, atención materno infantil y planificación familiar, inmunización, prevención y control de enfermedades endémicas locales, así como también participación comunitaria [14].

<sup>4</sup> Esta afirmación se desprende del trabajo de investigación realizado en el marco del proyecto *Los psicólogos en el ámbito público: Ayer y hoy*. Salud- Desarrollo social- Seguridad y Justicia (11/S026) acreditado por la Secretaría de ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata, en el año 2012, dirigido por la Psic. Edith Alba Pérez y del cual la autora es integrante.

En el año 1980, desde el Ministro de Educación de la Nación, Llerena Amadeo, firmó la Resolución 1.560/80 conocida como la «resolución de los tres NO» que delimitaba las incumbencias para el título de psicólogo y restringía su alcance en consonancia con la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina y limitaba para el psicólogo sus competencias en la psicoterapia, al psicoanálisis y a la administración de psicotrópicos [25].

### **Crisis del estado regulador-interventor**

Para el regreso a la Democracia, en 1983, todo había cambiado. Ni quienes habían luchado dentro del país ni los que regresaron del exilio, permanecieron ilesos a los ataques: «Un efecto claro del daño infligido a la memoria de muchos colegas, psiquiatras y psicólogos, se expresó en la organización, en 1984, de un Congreso Nacional de Psiquiatría, bajo el amparo del «retorno de la democracia», se habían realizado hasta 1976 siete congresos y a este, que le hubiera correspondido ser el octavo, se lo llamó «Primer Congreso Argentino de Psiquiatría» [20].

En la provincia de Buenos Aires, en el año 1983, con la posibilidad que otorgó la democracia, se retomaron las gestiones para la sanción de una Ley que legalizara el ejercicio profesional del psicólogo. En noviembre de 1985, se promulgó de hecho la Ley Nacional de Ejercicio Profesional que establecía el ámbito, autoridad de aplicación, condiciones de ejercicio, inhabilidades e incompatibilidades, derechos, obligaciones y prohibiciones en el ejercicio de la psicología.

En 1984, Goldemberg fue convocado por el presidente Alfonsín, para realizar unos Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental que hoy pueden leerse como la expresión de un proyecto interrumpido, si no fracasado, al menos en la ciudad de Buenos Aires. Este Plan proponía una transformación integral de la asistencia, incluyendo sobre todo la reforma de los grandes asilos psiquiátricos.<sup>5</sup>

Durante la década de los ochenta, también se

<sup>5</sup> Cfr. Vezzetti H. El desmanicomializador de Lanús. Diario Página/12 [Internet], 28 de sep 2006 [citado 19 jun 2015]: Sec. Psicología. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html>

produce la creación de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM) y se crean direcciones de salud mental en varias provincias.

Como consecuencia del proceso de descentralización iniciado en 1976, el 75% de la capacidad instalada del sector público en el área de la salud se encontraba en 1985 bajo jurisdicción provincial o municipal [1]. En salud, el gobierno nacional se reservó el diseño de las políticas públicas en el ámbito central y otorgó a los gobiernos provinciales las atribuciones de gestores del sistema. Sobre esa base, se generó una descentralización en la administración cotidiana de los hospitales que contribuyó a la autonomía de las instituciones y a un aumento el grado de inequidad entre las regiones, resultando en serias diferencias según las situaciones particulares de cada unidad hospitalaria. La descentralización administrativa se realizó sin una adecuada planificación de evaluación y monitoreo, y con el cese de todas las partidas presupuestarias específicas [1].

A partir del denominado *consenso de Washington* (1989), comenzó una «crisis del estado regulador- interventor», se produjo un proceso de reordenamiento, ajuste y estabilización de las principales variables económicas. La presencia del Estado en la economía fue considerada el factor causal de la crisis por su efecto pernicioso sobre el mercado y la iniciativa privada [2]. «El retorno de la ortodoxia significó la adopción de las reglas de juego del mercado, la vigencia del sistema de precios como principal mecanismo de asignación de recursos, la aplicación de fuertes programas de estabilización, la apertura al comercio internacional, el ingreso de recursos financieros y de la inversión privada extranjera y una política generalizada de privatizaciones» [22:11].

Las pautas establecidas por el *consenso de Washington* de 1989, durante la década de los '90 en Argentina se tradujeron en un proceso de reordenamiento, ajuste y estabilización de las principales variables económicas. «La presencia del Estado en la economía —el Estado productor, regulador y protector de las economías domésticas— fue considerada el factor causal de la crisis por su efecto pernicioso sobre el mercado y la iniciativa privada» [2:18].

Los principales fenómenos que pueden observarse respecto al sistema de políticas sociales provenientes de la etapa anterior fueron: a) Fortalecimiento del proceso de privatización; b) Procesos de transferencia y descentralización hacia las provincias de ciertas políticas sociales; c) Implementación de nuevas formas de acceder a los recursos sociales disponibles; y, d) Implementación de nuevas formas de concebir y realizar las políticas sociales. En 1976, con la dictadura militar, se fortificaron los dos primeros procesos, junto con el creciente proceso de privatización de la política en salud.

Si bien durante ese período, se careció de una política nacional de salud mental, en algunas provincias se desarrollaron propuestas alternativas al modelo asilar, que indefectiblemente requerían de enfoques interdisciplinarios; el contexto general no era favorable al desarrollo de prácticas de equipo en el área, más allá de la existencia de un discurso que las promovía. La Dirección Nacional de Salud Mental, se redujo a una Unidad Coordinadora y se completó el proceso de descentralización de establecimientos (a excepción de la Colonia Montes de Oca). Las iniciativas transformadoras adquirieron carácter local o provincial, pero no nacional, nacieron las intermediarias en el sistema de obras sociales y se incrementó el desempleo y la precarización del empleo. El carácter focalizado y reducido de las políticas sociales y la tendencia general de la reforma, antagonizaban con propuestas de tipo comunitario e inclusivo. El presupuesto asignado en salud experimentó una aceleración brusca desde 1993 hasta 1996 hasta ubicarse en el segundo lugar por la magnitud de los recursos asignados. A partir de 1997, experimentó una desaceleración mayor que la seguridad social y la educación y terminó, a partir de la crisis social y económica en 2001-2002, casi igualándose con este último rubro, en cuanto al gasto por habitante-año, en 2003 [30].

A nivel internacional, en consonancia con los principios de desmanicomialización, se enunciaron reformas de los sistemas de salud mental en el mundo, con declaraciones y tratados internacionales, como son la Declaración de Caracas (1990) y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, de Naciones Unidas (1991). No obstante,

el carácter marginal de la desmanicomialización se mantuvo tanto en el ámbito académico como en el *establisment* psiquiátrico psicológico. En Río Negro, en 1991 se sancionó la Ley 2.440 de Protección Sanitaria y Social de las Personas que Padece Sufrimiento Mental de la provincia de Río Negro, en esta provincia la desmanicomialización implicó el cambio de una cultura de inclusión y de derechos efectivos, que pudo lograrse a partir del cierre del manicomio [11].

### Conclusiones

Observamos en este trabajo de que manera el modelo de Estado- Nación y las estrategias de gobierno inciden en las políticas sociales de salud mental y su funcionamiento. Nos interesa destacar algunos de los puntos analizados que evidencian el modo en qué se interrumpen o continúan desarrollándose estas políticas.

Por un lado, la modalidad del Estado (interventor-benefactor o liberal) incide en el rol que se asume y la disposición de las instituciones para atender y responsabilizarse de la salud de la población. Es decir, a partir del modelo de Estado se define si una problemática social puede ser abordada desde estrategias generales, disponibles para toda la población, o si son cuestiones privadas de las que debe hacerse cargo el individuo. No obstante, no es exclusivamente el modo estatal el que define este alcance; en el período analizado se presentan diversas propuestas y planteos acerca de la asunción de la atención en salud y sus principios rectores, sin presentar continuidad alguna en las políticas de salud mental (pareciera ser que estas depende más de estrategias de gobierno, que del modo que adopta el Estado).

Entre las estrategias utilizadas para interrumpir las políticas, encontramos, en primer lugar, cambios producidos a partir de sancionar Decretos Ley (observado en los momentos de gobierno de facto); con esta metodología se abrió el Instituto Nacional de Salud Mental, se realizó la reforma psiquiátrica, se intervinieron y cerraron las Universidades, se actuó en las currículas modificando programas y docentes y se dismantelaron las comunidades terapéuticas; estas decisiones fueron acompañadas de una fuerte deslegitimación al trabajo realizado previamente en otras gestiones y de consenso social respecto a la necesidad de transforma-

ción del sistema; por otra parte, fueron también implementadas mediante el uso del terror y la persecución. Una segunda modalidad, consistió en producir una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud, sin ser acompañada de la partida presupuestaria correspondiente. En este último caso se trató de «vaciar» de recursos, tanto por la demora para nombrar a los profesionales necesarios, como por destinar bajo presupuesto y no destinar los recursos materiales para garantizar el cumplimiento del trabajo y los objetivos de los programas. Controversial y difícil de detectar, esta modalidad es vivenciada y denunciada por los actores encargados de efectuar la política pública. Los programas parecen tener vigencia, objetivos precisos y valorables, pero no pueden llevarse a cabo por la escasez de recursos. Por esta razón, afirmamos que la existencia de un programa o legislación no garantiza el cumplimiento de su objetivo, se necesita de recursos materiales y personales para llevarlo a cabo.

Por otra parte, si la política propuesta resulta demasiado novedosa, puede ocurrir un desacuerdo entre lo que proponen los planificadores y lo que los efectores de la política puedan o estén dispuestos a realizar. Es necesario cierto grado de acuerdo conceptual con la fundamentación y objetivos de los programas, que hacen a la política social y la importancia de coordinar las acciones concretas que realiza el Estado en las áreas sociales, con los discursos producidos desde los ámbitos académico, técnico o político, considerando siempre la necesidad de una política en salud acompañada por una política de educación o capacitación de los efectores de la misma. Consideramos que esta planificación debe incluir el trabajo comunitario y de definición de necesidades en conjunto con la comunidad y los destinatarios. La lectura que realizamos en esta oportunidad no incluye las consecuencias de la implementación de estas políticas, ni la perspectiva de los actores sobre las mismas, sobre quienes impactan directamente las discontinuidades y cambios de perspectivas. El «destinatario» de estas políticas es definido y redefinido constantemente, y también aquello que se considera o no salud y enfermedad, sus causas y consecuencias.

Las políticas implementadas en salud en Argentina, estarán a partir de la creación de la

Organización Mundial de la Salud (OMS), en relación con planes de nivel mundial, acordados entre diferentes naciones. Para analizar las características de estas políticas, es necesario investigar la relación este organismo y las exigencias planteadas en otras partes del mundo, intrincadas en las particularidades y singularidades de la región y del amplio territorio nacional.

En Argentina, podemos afirmar que las políticas en salud mental oscilan entre dos vertientes, por momentos se considera a la salud mental como específica, de abordaje delimitado, como un campo concreto dentro del campo de la salud. Como consecuencia se diseñan políticas específicas, focalizadas en pacientes con enfermedad mental (nos atenemos a la terminología utilizada en el momento histórico estudiado). En otras circunstancias se entiende a la salud mental como parte de las políticas de salud en general y se la incluye en un abordaje

amplio de las mismas, concepción que se acompaña de diseños de alcance nacional e integrales, universales, sin discriminar distintos tipos de pacientes.

Durante el período estudiado, existió una hegemonía psiquiátrica sobre el campo de la salud mental, que no permite abordajes interdisciplinarios, en todo caso, otras profesiones pueden actuar como meros asistentes o colaboradores de la psiquiatría.

Esperamos que estas líneas contribuyan a una lectura histórica política y al fortalecimiento y sostenimiento de las políticas actuales enmarcadas en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657. Considerar la legislación como una «novedad» y no vincularla al proceso socio-histórico y los avatares, avances y retrocesos, que se observan en el campo de la salud mental, implica reducir la complejidad del análisis y sus múltiples dimensiones.

## Referencias

1. Agosto S. Políticas Sociales y Territorio. Una mirada desde el proceso de descentralización. Buenos Aires: Instituto de Estudios Sociales Ortega y Gasset; 2009.
2. Aguilo JC. Políticas sociales en Argentina: de la Sociedad de Beneficencia a la focalización compulsiva [Internet]; 2005 [citado 2 de abril de 2016]. Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/vrp/aguilo.pdf>
3. Barletta AM. Universidad y política. La «Peronización» de los universitarios. Elementos para rastrear la constitución de una política universitaria peronista. 1966-1973. San Francisco: Latin American Studies Association [Internet], 2000 [citado 2 sep abril]. Disponible en: <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/Barletta.PDF>
4. Carpintero E, Vainer A. Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969. Buenos Aires: Topía; 2004.
5. D'Agostino AME. Nociones estudiantiles sobre la práctica del psicólogo en las políticas públicas. Revista de Psicología. 2014; 14: 74-89.
6. D'Agostino AME. Imaginarios estudiantiles y políticas sociales. En Pérez EA (coord.) Psicología e institución, un campo de problemas. La Plata: Edulp; 2014: 180-191.
7. D'Agostino AME. Imaginarios sociales, algunas reflexiones para su indagación. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. 2014; 21: 127-134.
8. D'Agostino AME. Salud Mental, ¿un contenido presente en la formación de grado? Perspectivas en Psicología. 2015; 12 (n esp.):15-25.
9. Carrillo R. Política Sanitaria Argentina. Buenos Aires: Departamento de Talleres Gráficos, Ministerio de Salud Pública de la Nación; 1949.
10. Chiarveti S. La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2008; 27:173-182.
11. Cohen H, Natela G. La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar editorial; 2013.
12. Danani C. El espacio público en su laberinto: las políticas sociales y las confrontaciones del universalismo. En: Gluz N, Arzate Salgado J (comps.) Debates para una reconstrucción de lo público en educación: del universalismo liberal a los particularismos neoliberales. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2012. p.59-77.



13. De La Cruz S. Formación y capacitación del psicólogo: articulación con el ejercicio profesional. *Integración Académica en Psicología*. 2013; 1 (1):61-56.
14. Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma- Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
15. Dubcousky S. Centro de docencia e investigación de la coordinadora de trabajadores en salud mental. *Revista de Psicología*. 1973; 6:133-135
16. Ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas. Ley 17.132 de 24 de enero de 1967
17. Fleury S. Política Social, equidad y exclusión en América Latina en los años noventa. Centro de Documentación en Políticas Sociales. Documentos 15. Disponible en: [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/15\\_politica\\_social\\_exclusion\\_y\\_equidad\\_en\\_america\\_latina\\_en\\_los\\_noventa.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/15_politica_social_exclusion_y_equidad_en_america_latina_en_los_noventa.pdf)
18. Galende E. Modernidad y modelos de asistencia en salud mental Argentina. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud; 30 abr- 7 may 1988; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1989: 437-447.
19. Galende E. Constitución de las políticas en Salud Mental. En: *Psicoanálisis y Salud Mental*. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós; 1990:185-216.
20. Galende E. Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. *Salud Colectiva*. 2014;10(2): 265-278
21. Ierace V. El Sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización. *Epidemiología y Salud*. 2013;1(4):31-4
22. Iglesias EV. El papel del Estado y los paradigmas económicos en América Latina. *Revista de la Cepal*. 2006; 90:7-15
23. Pérgola F. Ramón Carrillo, el legado de un gigante. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2009; 1(1):44-45
24. Piacente T, Compagnucci E, Schwartz L, Talou C. Aportes para un nuevo currículum en Psicología en la Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina: Edición del Departamento de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación- Universidad Nacional de La Plata; 2000.
25. Resolución N° 1560. Expte. N°40.111/80 de 1 de septiembre de 1980. Ministerios de Cultura y Educación.
26. Rosanvallon P. La nueva cuestión social. *Repensar el Estado de Providencia*. Argentina: Manantial; 1995.
27. Sluzki C. Recordatorio del Dr. Mauricio Goldenber (1916-2006). *Psicoanálisis, APDeBA*. 2006; 28(3):473.
28. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):275-293.
29. Stolkner A, Ardila Gómez S. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva. *latinoamericanas*. Vertex. 2012; 23:57-67.
30. Stolkner A. Decidir en salud: ¿quién, cómo y por qué? II Jornadas de Salud y Sociedad «Decidir en Salud: ¿Quién? ¿Cómo? y ¿Por qué?» organizadas por la Asociación de Profesionales en Formación (APF), 23- 25 Jul 2004; Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. [citado el 29 marzo 2016]. Disponible en: <http://slide-player.es/slide/3987060/>
31. Vainer, A. Los desaparecidos de la Salud Mental. En: *Semana de la Memoria*. Panel «Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70». 22 de marzo de 2005. Paraná, Entre Ríos. Paraná: Universidad Autónoma de Entre Ríos. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/los-desaparecidos-de-la-salud-mental>